

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 Décembre 1892, à 1 heure

Par PAUL LEGRAS

Né à Dompierre (Vosges), le 19 novembre 1865.

Ancien externe des hôpitaux.

DU TRAITEMENT DES FISTULES A L'ANUS

PAR L'EXCISION ET LA SUTURE

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
NETTER et ALBARAN, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 Décembre 1892, à 1 heure

Par PAUL LEGRAS

Né à Dompierre (Vosges), le 19 novembre 1865.

Ancien externe des hôpitaux.

DU TRAITEMENT DES FISTULES A L'ANUS

PAR L'EXCISION ET LA SUTURE

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
NETTER et ALBARAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M.	BROUARDEL.
Professeurs.	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		N.
Pharmacologie.....		HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.....		PROUST.
Hygiène.....		BROUARDEL.
Médecine légale.....		LABOULBÈNE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		STRAUS.
Pathologie expérimentale et comparée.....		SÉE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTERRER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554026_0072

INTRODUCTION

Chassaignac, le premier, tenta, le 24 avril 1852, à l'hôpital Saint-Antoine, le traitement de la fistule à l'anus par excision du trajet et suture immédiate (1). On ne sait s'il réussit ou s'il fit d'autres tentatives, mais en mentionnant cet essai dans ses leçons sur l'écrasement linéaire, il préconise l'emploi de ce dernier procédé. Il lui manquait la possibilité de faire l'asepsie rectale, élément essentiel de la réunion immédiate, et il cite les dangers auxquels sa tentative exposait l'opéré : érysipèle, phlébite, infection purulente, etc.

Depuis lors, nombreuses furent les méthodes appliquées au traitement de la fistule anale. A l'avènement de l'antisepsie, il semblait qu'une seule devait subsister en première ligne, la réunion immédiate, applicable à presque tous les cas.

Il n'en est rien, et malgré des travaux importants publiés en France et à l'étranger, nous trouvons encore reléguée au second plan la cure rapide, acceptée seulement, en général, pour les cas

(1) Quénu, Communication à la Société de chirurgie le 5 octobre 1887, *Bulletins de la Société*, p. 533, année 1887.

simples, pour les fistules à trajet unique et non compliqué de cavités.

C'est ce qui nous engage à publier une série de onze opérations faites à la Charité, dans le service de M. le professeur Duplay, par M. Pierre Delbet, de décembre 1891 à juillet 1892. Cette série constitue la statistique intégrale de tous les cas de fistule anale reçus et opérés dans le service pendant ces sept mois. Nous y ajoutons un cas de tuberculose ano-périnéale, opérée de même par excision et réunion immédiate, sur lequel nous aurons à insister.

Nous ferons une courte revue des travaux les plus importants traitant de la méthode qui nous occupe, et des méthodes voisines, c'est-à-dire tendant à une cure rapide.

Nous décrirons la technique suivant laquelle furent conduits les traitements.

Nous présenterons l'exposé des cas traités et nous chercherons à en tirer l'indication du traitement.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remercier vivement M. le professeur agrégé Pierre Delbet dont la haute bienveillance nous a fourni les éléments de ce travail.

Nous adressons à M. le professeur Duplay l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Nous ne voulons point refaire un historique des divers traitements lents de la fistule à l'anus : modification par les caustiques, ligature simple ou élastique, incision au bistouri ou au thermocautère. Nous passerons seulement brièvement en revue deux procédés cherchant la cure rapide : le premier décrit sous le nom du professeur Tripier par Francou dans sa thèse (1) ; le second, le procédé de Smith (2), rapporté par M. Quénu à la Société de chirurgie, et qui n'utilise pas encore la suture complète et immédiate :

D'après Francou, résumant l'opinion des auteurs et s'aidant de l'expérience du professeur Tripier, « pour guérir une fistule anale, il faut : 1° faire communiquer le trajet de la fistule avec l'intestin, afin que la paroi de la fistule se confonde avec celle de l'intestin ; 2° ouvrir tous les clapiers, et les faire communiquer, soit avec le trajet principal, soit avec l'extérieur, inciser tous les trajets secondaires, enlever la peau qui est amincie et privée de vitalité, sectionner les décollements de la muqueuse rectale ; 3° détruire les callosités, les tissus ongueux ou tuberculeux ; 4° modifier les tissus.

(1) Francou, *De la fistule anale*, Lyon, 1884.

(2) Smith, *Medical Record de New-York*, juin 1886.

En un mot, il faut faire une plaie simple que l'on traitera comme telle. »

Tous les tissus malades sont enlevés au bistouri ou à la curette et l'hémostase est faite au thermocautère employé au rouge sombre ou par des ligatures.

Mais comme cette plaie est située dans une région où l'infection est facile, et qu'elle risque à chaque instant d'être contaminée par le passage des produits intestinaux, on imagine de former un conduit ano-rectal artificiel au moyen d'un gros tube de caoutchouc introduit en partie dans le rectum et débouchant hors de l'anus. Ce tube est entouré de gaze antiseptique formant pansement sur la partie viscérale de la plaie, et fermant complètement l'espace compris entre le tube et la paroi du canal anal. Le reste de la plaie et le pourtour de l'anus sont revêtus d'un large et épais pansement de gaze et d'ouate, en dehors duquel vient déboucher le tube.

La durée du traitement est notablement diminuée et ramenée à une moyenne de quinze à vingt jours.

Sans parler des douleurs que peut provoquer l'application permanente de ce pansement intra-rectal, nous le croyons insuffisant pour assurer l'asepsie, et que par l'intermédiaire de la gaze, les matières liquides de l'intestin filtrent très facilement jusqu'au contact des surfaces dénudées et les infectent secondairement.

Aussi voyons-nous l'auteur assez réservé quant aux indications de la cure de la fistule anale tuberculeuse.

« Chez les phthisiques plus avancés dont l'état général est relativement bon, par suite des conditions hygiéniques où la fortune les a placés, et qui peuvent encore vaquer à leurs affaires, une intervention active peut donner le coup de fouet fatal aux lésions pulmonaires; *le chirurgien ne doit intervenir que dans les cas de complications locales* (rétention du pus, abcès à répétition) pouvant influencer d'une façon fâcheuse l'état général. Alors, au lieu de faire l'opération complète, il se contente des moyens palliatifs (débridement, drainage, désinfection) et quelquefois il a un résultat inespéré. »

Avec l'opération de Smith, nous entrons dans une période nouvelle du traitement de la fistule anale.

Pour le chirurgien américain, elle est applicable à toutes les variétés de fistule, et son opinion est partagée par Emmet, Weir, Lange, Chamberlain, Jenks. Aussi M. Quénu a pu dire, dans sa communication sur la réunion primitive dans le traitement des fistules à l'anus : « En Amérique, la réunion primitive est de pratique courante. » L'opération est faite en deux temps : avivement et suture, précédée et entourée de précautions antiseptiques. L'avivement consiste dans l'incision de tous les trajets et décollements, et la dissection ou le grattage des tissus malades.

La suture est faite différemment suivant que l'on a affaire à une fistule à trajet unique ou à une fistule compliquée.

Dans le premier cas on a affaire à une plaie simple, plate, facile à affronter. On fait deux plans de suture. Les sutures muqueuses, faites au catgut, ne comprennent pas le trajet avivé, elles sont passées d'une tranche à l'autre, en surjet, et n'embrassent que l'épaisseur de la muqueuse. Il reste donc en dessous un « espace mort » où l'on doit poser un drain. La suture cutanée est incomplètement fermée, pour laisser passer l'orifice du drain.

Dans le cas de fistule compliquée, l'excision des tissus laissant un vide irrégulier, difficile à faire disparaître, deux étages de sutures sont appliqués : un étage profond, entourant le trajet, et un étage superficiel comprenant la muqueuse. Mais toujours Smith posait un drain ou une mèche de gaze antiseptique.

Cette opération, nécessitant le drainage, ne peut être considérée comme une vraie réunion primitive. La suture est incomplète, elle laisse un espace mort pouvant s'infecter secondairement par le drain ou le rouleau de gaze. En un mot, le chirurgien se borne, selon l'expression de M. Delbet, à remplacer la fistule ancienne par une fistule plus propre, qui devra se refermer d'elle-même après que l'on aura enlevé l'appareil de drainage.

La communication de M. Quénu, citée à la

page 1, est le premier exposé de la cure par réunion primitive, que nous trouvons dans la littérature médicale française. Elle porte sur cinq cas de fistules à un trajet et deux avec de grands décollements anfractueux. Ces observations sont reproduites dans la thèse de Longo (1) qui donne en même temps la technique employée, en France par MM. Terrier et Brun en 1886, Bazy, Nélaton, Tuffier en 1887 ; à Moscou par Ryndowski (un cas avec succès) ; à Rome, par Vincenzo Morini (deux cas avec succès).

Les deux points nouveaux et essentiels sont la préparation, pendant les jours qui précèdent l'opération, d'un rectum aussi aseptique que possible, et surtout l'emploi de sutures profondes, analogues à celles de la colpopérinéorrhaphie, réalisant l'adossement exact des surfaces avivées et supprimant l'espace mort sous-muqueux.

La description de cette opération, donnée par M. Quénu et reprise dans la thèse de Longo, formant la base de toutes celles qui ont été faites depuis, nous ne la reproduirons pas, pour éviter les répétitions. En donnant le détail de la technique selon laquelle opère M. Delbet, nous ferons seulement ressortir les modifications qu'il apporte aux procédés plus anciens.

(1) Longo, Paris, 1887, *Recherches sur la cure rapide de la fistule anale.*

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La technique opératoire comprend la préparation du malade, l'opération, les soins consécutifs.

Pendant les cinq ou six jours qui précèdent l'opération, le malade sera soumis à la diète lactée. Des purgatifs quotidiens au sulfate de soude assureront la vacuité de l'intestin ; il prendra de plus, chaque jour, 1 gramme de naphthol associé à 1 gramme de salicylate de bismuth.

La veille de l'opération, on supprime le naphthol et le purgatif, et on les remplace par deux ou trois pilules d'opium à 5 centigrammes, afin de diminuer les sécrétions intestinales ; on donne matin et soir, deux grands lavements boricés qui seront répétés le lendemain matin.

La veille encore, on rase les poils de la région, on la lave au savon et au sublimé, puis on la recouvre d'un large pansement humide au sublimé fixé par un bandage en T, et qui devra rester en place jusqu'au moment de l'opération.

Cette préparation est longue, et assez pénible pour le malade ; mais nous la croyons indispensable au succès cherché, la réunion primaire.

Les descriptions antérieures exigent une préparation moins longue, sauf la diète lactée.

D'autre part, certains chirurgiens ne donnent les purgatifs que dans les deux derniers jours. Nous croyons bon de ne pas donner au malade, la veille de l'opération, un dernier purgatif qui provoque une sécrétion intestinale abondante. Il peut en résulter, pour le jour de l'opération, une débâcle nuisible de matières liquides.

L'opération. — Elle devra être faite dans les règles ordinaires de l'asepsie. Les mains de l'opérateur et des aides, les instruments, les objets de pansement, sont désinfectés d'après des méthodes trop connues pour être reproduites ici. A portée de l'opérateur sont disposés les instruments comprenant : un spéculum vaste de Trélat, une large valve de Sims, de bons bistouris dont l'un à manche un peu long, de forts ciseaux, une curette de Volkmann, une sonde cannelée forte, des pinces à pression dont quelques-unes longues, du fil d'argent fort, et des aiguilles courbes pour les sutures cutanées ; et pour les sutures muqueuses, du catgut n° 2 et les aiguilles qui le porteront. On peut se servir des aiguilles de Hagedorn aplaties dans le plan de leur courbure, et du porte-aiguille spécial. Il est préférable de se servir d'aiguilles construites exprès, pour faire les sutures en un point élevé de la muqueuse rectale. Ces aiguilles, à chas fixe, ont une lon-

gueur de 20 centimètres, elles sont coudées à angle droit, et recourbées ensuite dans un plan perpendiculaire au manche, suivant une courbe de faible rayon. On pourra disposer d'un irrigateur muni d'une longue canule; enfin, on aura préparé les objets nécessaires au pansement, poudre d'iodoformé dans un pulvérisateur, gaze iodoformée, ouate hydrophile et bandage en T.

Le malade est chloroformé dans le décubitus dorsal, et l'anesthésie poussée jusqu'à la résolution complète.

La thèse de Longo rapporte une opération de Vincenzo Morini, faite à la cocaïne, mais il s'agissait d'une fistule simple, ne nécessitant probablement pas de longues manœuvres opératoires, ni la dilatation complète de l'anus. Toutes les opérations que nous relatons ont été faites sous le chloroforme, dont M. Delbet recommande l'usage constant.

La résolution complète obtenue, le malade est attiré à l'extrémité du lit, que les fesses dépassent légèrement, et mis dans la position sacro-dorsale, les cuisses en abduction et en flexion complète sur le bassin, maintenues par deux aides. Un troisième aide, l'assistant de l'opérateur, se place à hauteur de l'extrémité gauche du lit, et à droite de l'opérateur qui se place entre les jambes du malade.

Le pansement pré-opératoire enlevé, on lave une dernière fois le rectum, et l'on procède à la

dilatation de l'anús au moyen du spéculum vaste de Trélat. Le spéculum est orienté de façon à laisser libre entre ses valves le champ opératoire.

M. Quénu conseille de pousser un tampon d'ouate dans le rectum pour se garantir contre une débâcle pendant l'opération. M. Delbet repousse ce procédé, avec lequel les sutures se trouvent souillées au moment où, l'opération terminée, on retire le tampon. Si l'on n'a pas donné de purgatif la veille et si l'on a au contraire donné une petite dose d'opium, cette débâcle ne se produit pas, en général. Si elle arrive, c'est par un mécanisme réflexe au moment de la dilatation, et l'on n'a qu'à en attendre la fin et à laver soigneusement le rectum avant d'opérer.

L'opération comprend l'avivement ou l'excision, et la suture.

L'avivement peut se pratiquer différemment selon que l'on a affaire à une fistule à trajet unique et direct, ou à des foyers et trajets complexes.

Dans le premier cas, l'opération peut se faire sans inciser le trajet. La sonde cannelée étant poussée par l'orifice cutané, on la fait sortir par l'orifice muqueux, ou à travers la muqueuse, si l'on a affaire à une fistule borgne externe. S'il y a un décollement de la muqueuse à la partie supérieure, on a bien soin de pousser la sonde jusqu'à sa partie la plus élevée. Puis on incise les tissus au bistouri en partant de la muqueuse, mais sans

aller jusqu'à la sonde et en s'arrêtant aux tissus indurés.

Se servant alors de la sonde, maniée de la main gauche, comme d'un mandrin, ou saisissant le tout avec une pince, on dissèque le trajet de haut en bas en tournant tout autour et on le ramène sur la sonde. La région cicatricielle cutanée est soigneusement enlevée. S'il y a un décollement de la muqueuse mal limité, et remontant un peu haut, on peut le gratter à la curette de Volkmann ; mais il est préférable, quand on le peut, de tout faire au bistouri et de tailler un peu dans les tissus sains. L'opération donne peu de sang, même quand on intéresse des ampoules variqueuses ; on n'a rien à lier : si une artériole donne, on la pince, et l'hémostase sera faite par la suture.

L'opération est très facile dans ce cas, même lorsque le trajet remonte assez haut.

Dans d'autres cas, elle se complique, comme dans le cas des observations VII et X où se présentaient de multiples foyers et trajets tuberculeux. L'observation XI relate une opération assez longue et difficile où deux fistules s'abouchaient dans une grande cavité anfractueuse.

On doit alors introduire la sonde par l'orifice cutané, et la pousser le plus haut possible dans le trajet qui semble le plus élevé et on incise les tissus de haut en bas jusqu'à la sonde. On recherche tous les trajets et diverticules, et on les fend ; il

faut chercher surtout en haut où se sont souvent formés des décollements et les inciser.

Le champ opératoire largement ouvert, on procède à l'excision de tous les tissus malades, qui peut être laborieuse. Elle sera faite au bistouri, surtout s'il se présente des callosités, faciles à saisir avec une bonne pince à griffes. Il faut disséquer tous les tissus indurés et les suivre partout où on les trouve. On peut arriver jusqu'au creux ischio-rectal où l'on voit apparaître, dans le fond de la plaie, les gros globules graisseux qui le remplissent ; mais ceci n'est d'aucun danger, si l'opération est conduite proprement.

Dans les fistules qui remontent très haut, à 10 ou 12 centimètres, sur les parties latérales, on coupe une artère volumineuse, qui donne un gros jet de sang, l'artère hémorroïdale supérieure elle-même ou l'une de ses branches. Il faut saisir le vaisseau avec une longue pince à forcipressure, et ne pas chercher à le lier : il est presque impossible de bien placer et de bien serrer un fil à pareille hauteur. Toutefois la pince n'est pas laissée à demeure ; on l'enlève après avoir pratiqué la suture qui, faite comme nous le dirons, assure efficacement l'hémostase. Les artères facilement accessibles sont liées au catgut ou à la soie. Enfin la section partielle ou complète du sphincter ne constitue pas une complication, puisqu'on le reconstituera par la suture.

Dans certains cas de fistules en clapiers, où les

décollements sont mal limités, ou remontent très haut, comme dans l'observation XI, on dépose le bistouri et l'on gratte tous les tissus suspects à la curette tranchante, énergiquement.

L'avivement est fait, l'excision terminée ; on se trouve en présence d'une plaie opératoire d'aspect très variable. Dans les cas simples, à trajet unique, on a une plaie à plat, dont la surface semble se continuer directement avec la paroi ano-rectale, distendue par le spéculum ou la valve. D'autres fois on a des surfaces discontinues, en escalier, qui semblent difficiles à adapter, mais qui cependant se rejoindront sous la double suture. Celle-ci demande à être faite très soigneusement, d'elle dépend le succès de la réunion primaire ; et celle-ci ne peut s'obtenir que si l'on a supprimé toute cavité où s'accumuleraient le sang ou la sérosité.

On la réalise comme dans la périnéorrhaphie, au moyen de deux plans de sutures, l'un muqueux, ano-rectal, l'autre cutané. Dans chaque plan on peut faire deux étages de sutures : les unes, profondes, les seules indispensables passent sous la surface cruentée, ce sont des sutures à fil caché ; les autres, superficielles, sont destinées à parfaire l'affrontement de la muqueuse ou de la peau.

Les sutures muqueuses doivent être faites au catgut n° 2. Longo préconise l'emploi du catgut chromique ou au sublimé et il attribue quelques échecs à la trop rapide résorption du catgut ordinaire. Des recherches expérimentales faites par

M. Delbet sur les sutures intestinales; il résulte que le catgut ordinaire dure plus de temps qu'il n'en faut pour soutenir la réunion.

On commence par les sutures muqueuses profondes qui sont faites à points séparés et rapprochés. L'anus étant maintenu largement dilaté et les bords de la plaie bien découverts, on pique l'aiguille dans la muqueuse à 3 millimètres du bord de la plaie et on la fait cheminer sous les tissus parallèlement à la surface d'avivement jusqu'à la faire ressortir en un point symétrique de l'autre bord. A aucun moment on ne doit voir l'aiguille dans son trajet sous le fond de la plaie.

Les sutures sont faites en commençant par les plus élevées et le premier point est placé au dessus de l'incision. Chaque point de suture est distant du précédent de 6 à 8 millimètres.

Longo indique, pour faciliter la pose des points de la suture muqueuse, le procédé suivant : Le doigt d'un aide, enfoncé dans le rectum et recourbé en crochet au delà de la plaie, la fait saillir et abaisse la muqueuse.

Il est préférable de suturer la muqueuse dans ses rapports vrais, surtout lorsque l'on opère en un point élevé; l'abaissement artificiel de la muqueuse expose la suture à des tiraillements, lorsque les plans déplacés tendent à reprendre leur place. D'ailleurs, l'emploi d'une aiguille coudée à angle droit et munie d'une branche terminale fortement

courbée permet de manœuvrer assez facilement dans un espace étroit.

Le fils de catgut posés, on les noue en commençant par les plus élevés, et en les serrant modérément, pour ne pas provoquer de sphacèle. Au moment du serrage, il faut, avec une pince, adosser les surfaces cruentées et éviter « l'entropionnement ». Ensuite on pose quelques points de suture superficiels, intermédiaires aux profonds.

Enfin, la suture cutanée est faite avec de gros fils d'argent ou de soie au moyen d'une aiguille courbe. Ils traversent la peau à un centimètre des lèvres de la plaie, sont passés profondément sous les surfaces cruentées et assez étroitement serrés.

Le pansement consécutif est simple. Pour la suture muqueuse, il suffit de la saupoudrer d'iodoforme; on ne doit introduire dans l'anus aucun tampon ni mèche : les corps étrangers déterminent des épreintes intolérables et les contractions répétées du sphincter qui ne peuvent que compromettre la réunion. La plaie cutanée est saupoudrée de même et la région est recouverte de gaze iodoformée et d'une couche de ouate, le tout maintenu par un bandage en T.

L'opéré reporté dans son lit, on peut lui tenir les cuisses serrées l'une contre l'autre au moyen d'une écharpe.

Les soins consécutifs. — Ils consistent à maintenir l'état de constipation et de sécheresse de

l'intestin provoqué avant l'opération. On continue la diète lactée, et l'opéré prend chaque jour 6, 8, 10, 12 centigrammes d'opium, suivant les cas, pendant six ou sept jours.

La rétention d'urine est très fréquente à la suite de cette opération, comme après toutes celles qui portent sur le périnée. C'est là un minime inconvénient. Après un ou deux cathétérismes aseptiques, la miction redevient normale.

Les fils d'argent sont enlevés du cinquième au huitième jour, selon l'étendue de la plaie et la gravité de l'opération.

A ce moment, on provoque la première selle liquide au moyen d'un purgatif aidé de lavements huileux ou glycérinés, pour délayer les matières, et éviter ainsi toute traction exagérée sur la ligne de réunion.

On suspend la diète lactée et le traitement opiacé.

Comme on le voit, cette opération est assez délicate. Elle exige de la part du chirurgien une antiseptie minutieuse, et de la part du malade une certaine patience pour supporter la diète sévère qui lui est imposée.

L'accident le plus grave qui puisse arriver, à part l'hémorrhagie, dont nous n'avons pas d'exemple, est l'infection de la plaie et un phlegmon consécutif. Nous n'avons pas observé un seul phlegmon. Dans un seul cas, il y a eu un peu d'inflammation localisée sans aucune gravité;

M. Delbet l'attribue à une insuffisante préparation du tube digestif. Dans ce cas, on doit faire sauter les sutures et panser à plat ; on se retrouve dans les conditions du traitement par excision simple, sans suture.

STATISTIQUE

Nous donnons ci-dessous la statistique inédite des opérations de cure de fistules anales, faites dans le service de M. Duplay, de janvier 1892, à septembre de la même année.

Elle comprend 9 fistules intra-sphinctériennes à trajets simples ou compliqués donnant 8 succès et 1 échec, et 3 fistules extra-sphinctériennes donnant 1 succès complet et 2 succès partiels ; de plus, un cas de tuberculose périnéale traité de même par excision et suture, avec succès.

OBSERVATION I

C... Philéas, 44 ans. Veuf. Couvreur.

Entré le 5 janvier 1892, salle Velpeau, n° 15.

Fistule à l'anus, sous-muqueuse, intra-sphinctérienne.

Le 8 janvier, incision et grattage. — Suture complète.

Echec de la réunion. Légère suppuration.

Le 8 mars, apparition d'une hémorroïde.

Du 16 au 23 mars, la température vespérale dépasse 37°, sans monter plus haut que 37°,8. Dès lors les symptômes inflammatoires s'ament, la suppuration diminue, et le trajet se réunit par seconde intention sans autre intervention.

Sorti guéri le 19 avril 1892.

OBSERVATION II

L... Jeanne, 33 ans, mariée, couturière.

Entrée le 23 février 1892, salle Gosselin, n° 4.

Fistule anale intra-sphinctérienne.

Le 24 février, résection et suture.

Réunion complète par première intention.

Sortie guérie le 3 mars.

OBSERVATION III

L... Louis, 31 ans, célibataire, marin.
Entré le 22 mars 1892, salle Trélat, n° 3.
Fistule anale intra-sphinctérienne.
Le 30 mars, excision et suture.
Réunion complète par première intention.
Sorti guéri le 4 avril.

OBSERVATION IV

Y... Arthur, 25 ans, célibataire, valet de chambre.
Entré le 23 avril 1892, salle Velpeau, n° 21.
Fistule anale intra-sphinctérienne remontant à 2 centimètres.
Déjà opéré deux fois à l'hôpital Beaujon.
Le 28 avril, excision du trajet. — Suture complète.
Le 5 mai, ablation des fils. Réunion complète par première intention.
Sorti guéri le 10 mai 1892.

OBSERVATION V

B... Joseph, 22 ans, célibataire, tailleur.
Entré le 23 juillet 1892, salle Velpeau, n° 2.

Fistule anale, intra-sphinctérienne, remontant à 7 centimètres, suite de phlegmon aigu.

Le malade est entré pour un phlegmon aigu.

La température, élevée pendant les premiers jours de l'entrée à l'hôpital, monte le 25 et le 26 jusqu'à $39^{\circ},4$; dès lors elle va en s'abaissant jusqu'aux premiers jours du mois d'août. Le phlegmon se guérit, mais le malade reste porteur d'une fistule.

Le 31 août, cette fistule est incisée, réséquée, et on fait la suture complète.

Réunion par première intention. La température reste normale.

Sorti guéri le 21 septembre.

OBSERVATION VI

U... Adolphe, 33 ans, célibataire, émailleur.

Entré le 12 janvier 1892, salle Velpeau, n° 9.

Fistule tuberculeuse de l'anus, intra-sphinctérienne.

Le 14 janvier 1892, résection du trajet. — Suture complète.

Réunion par première intention.

Température restée constamment au dessous de 37° , sauf le 19 au soir, $37^{\circ},2$.

Sorti guéri le 30 janvier 1892.

OBSERVATION VII

Ch... Joseph, 23 ans, célibataire, garçon de restaurant. Entré le 10 mars 1892, salle Velpeau, n° 26.

Fistule tuberculeuse de l'anus.

Le 16 mars 1892, la fistule est incisée, et l'on trouve des trajets et foyers multiples. Tous les trajets sont excisés et les tissus malades entourant les trajets et foyers sont réséqués. Il reste après l'excision un vide notable, entièrement fermé par les sutures. La suture cutanée a une forme en équerre, pour comprendre un trajet sous-cutané périnéal.

Réunion par première intention. — Pas de fièvre.

Sorti guéri le 30 mars.

OBSERVATION VIII

S... Pierre, 20 ans, célibataire, journalier.

Entré le 21 avril 1892, salle Trélat, n° 4.

Fistule à l'anus, intra-sphinctérienne, remontant dans le canal anal (probablement tuberculeuse).

Le 4 mai 1892, excision et suture complète.

Le 12 mai, ablation des fils. Réunion complète. Les fils ont un peu coupé la peau.

Température vespérale du 4 au 8 : 37°3 ; 37°4.

— — du 9 au 12 : 37°.

Sorti le 13 mai.

OBSERVATION IX

P... Victorine, 20 ans, célibataire, domestique.

Entrée le 29 décembre 1891, salle Gosselin, n° 18.

Fistule anale extra-sphinctérienne remontant à 12 centimètres sous la muqueuse ; suite de phlegmon de la fosse ischio-rectale.

Le 14 janvier 1892, incision et grattage du trajet. — Suture au catgut.

Réunion primaire dans toute la partie rectale. La partie fessière est incomplètement réunie : il reste une petite plaie, qui se ferme après quelques cautérisations au nitrate d'argent.

Sortie guérie le 15 mars 1892. Les fonctions du sphincter sont rétablies.

OBSERVATION X

L... Edouard, 32 ans, célibataire, imprimeur.

Entré le 21 avril 1892, salle Trélat, n° 30.

Fistules et abcès tuberculeux multiples de la marge de l'anüs.

Le 29 avril, excision des trajets et foyers néces-

sitant la section du sphincter. — Suture complète.

Réunion complète dans la partie profonde ; légère désunion superficielle dans l'étendue d'un centimètre.

Les fonctions du sphincter sont rétablies. — La température vespérale a varié entre 37° et 37°4. Sorti guéri le 16 mai.

OBSERVATION XI

V... Emile, 25 ans, marié, peintre.

Entré le 25 février 1892, salle Trélat, n° 16.

Abcès tuberculeux de l'anus, en fer à cheval.

Etat général grave.

Le 29 février, incision et grattage, sans ouverture de l'anus. Longue incision à gauche allant jusqu'au périnée.

Le 17 avril, deux nouvelles incisions au niveau du creux ischio-rectal, de chaque côté.

Le malade garde deux fistules.

Le 25 juillet, intervention pour la cure radicale.

La fistule gauche, ouverte la première, est longue de 10 centimètres, extra-sphinctérienne, accompagnée de décollements étendus ; le trajet, très large, suppure abondamment. Excision complète nécessitant la section du sphincter, excision ou grattage de toutes les parties décollées. Malgré

la largeur de l'incision, la suture complète peut être pratiquée.

La fistule droite présente un trajet moins long, mais plus éloigné de l'anus. Elle est entièrement réséquée, ce qui nécessite une seconde section du sphincter. La suture est difficile à établir en raison de l'éloignement de l'orifice cutané.

La température, normale dans les jours qui ont précédé l'opération, s'élève, du 25 juillet au 2 août, entre 37°5 et 38°.

La réunion primitive est obtenue complète des deux côtés.

Les fonctions du sphincter sont rétablies entièrement.

La température reprend la normale, l'état général se relève et le malade sort guéri le 31 août 1892.

OBSERVATION XII

C... Achilles, 42 ans. Marié. Boucher.

Entré le 14 avril 1892, salle Trélat, n° 7.

Ulcération tuberculeuse de l'anus.

Le 20 avril, excision et suture.

Le 28 avril, ablation des fils. Réunion primaire complète.

Sorti guéri le 29 avril.

INDICATIONS

Nous devons maintenant, au moyen des exemples cités, rechercher quelles sont les indications du traitement que nous avons décrit.

M. Quénu, dans la communication déjà citée, cite cinq cas de fistules à un trajet opérées avec succès, et deux cas avec décollements et anfractuosités où le traitement échoua. Il réserve la suture aux cas simples, et ajoute que chez les tuberculeux avancés, ayant un abcès plutôt qu'une fistule, ou chez les fistuleux porteurs de décollements étendus, de trajets ou orifices multiples, on doit opérer au thermocautère.

Dans la discussion qui suivit, cette opinion fut communément admise.

M. Segond cite une opération de Smith pour une fistule simple. Les fils sont enlevés le deuxième jour; quelques jours après, au moment d'une selle, tout se désunit.

M. Berger a eu trois succès avec de petites fistules et un échec avec une étendue.

M. Pozzi rejette la suture pour les hautes fistules débouchant au dessus du sphincter, et a éprouvé un échec en pareil cas.

M. Terrillon a obtenu une cure en huit jours.

Depuis lors, si nous consultons les auteurs classiques ayant résumé les opinions courantes dans notre pays, nous trouvons que la cure rapide n'est pas encore universellement acceptée.

Les auteurs du *Traité de thérapeutique chirurgicale*, dans le tome II, page 757 et suivantes, n'acceptent la suture que pour les cas simples : « Dans la première hypothèse, — et c'est le cas des fistules inférieures simples et directes — la suture s'impose : elle permettra la réunion immédiate ; en dix ou douze jours, nous guérissons maintenant ces malades, au lieu de prolonger pendant un mois et au delà la lente cicatrisation par granulation. » Puis : « Dans le second cas (fistules compliquées, anfractueuses) la réunion immédiate est contre-indiquée : le foyer opératoire doit se combler par granulation, sous un pansement à plat qui permette la surveillance de la récurrence, les retouches nécessaires au bistouri ou au thermo, la cautérisation ignée des bourgeons suspects, le drainage des clapiers. »

Pour M. Potherat, qui traite la question dans le *Traité de Chirurgie*, tome VII, page 145 et suivantes, « l'excision est une excellente méthode quand elle est applicable ; or elle ne convient évidemment qu'aux fistules peu profondes et simples, ou avec des diverticules peu étendus ». Puis : « L'incision est la méthode d'élection pour tous les autres cas (que les fistules sous-cutané-

muqueuses), elle devra toujours être accompagnée de la cautérisation au thermocautère, avec ou sans curettage préalable des diverticules et du trajet principal. »

Nous voyons que les chirurgiens sont pessimistes quant à l'application de la réunion immédiate, et que la catégorie des cas où ils la jugent possible, est loin de comprendre les cas graves que nous avons cités plus haut. L'observation V, où le trajet remontait jusqu'à 7 centimètres, l'observation IX, constatant une hauteur de 12 centimètres, les observations VII, X, XI, où l'on trouva des trajets et foyers multiples, en font foi.

Quelles sont donc les indications de la réunion immédiate ?

Nous mettons à part les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur, consécutives aux phlegmons de cette région ou à des lésions des organes génitaux ou urinaires, et qui ne peuvent rentrer dans la catégorie des fistules anales proprement dites. Nous ne parlerons pas non plus des fistules ostéo-pathiques. Dans ces deux cas, d'ailleurs, la fistule s'efface devant la lésion principale.

Nous dirons avec M. Delbet que presque toutes les fistules anales inflammatoires simples ou tuberculeuses, doivent être traitées par la réunion immédiate, et que la cure sera faite ainsi d'autant plus utilement que la fistule remontera plus haut ou présentera des foyers plus nombreux. Il faut bien entendu considérer comme en dehors des res-

sources de ce traitement les fistules correspondant à ces énormes délabrements envahissant tout le pourtour du rectum, et où l'intestin étant isolé de toutes parts en « battant de cloche », la région ne présente plus aucun point d'appui pour les sutures.

Pour les fistules simples d'origine inflammatoire, intra-sphinctériennes, nous croyons avoir pour nous la majorité des chirurgiens.

Il en est de même des fistules tuberculeuses chez un sujet ne présentant pas de lésions viscérales, auquel cas nous dirons avec M. Potherat que « nos connaissances actuelles nous ont appris qu'il y a avantage, au contraire, à attaquer un foyer de tuberculose localisée, et que si l'on arrive à le détruire complètement, on peut retarder pour longtemps et même à tout jamais l'éclosion d'une tuberculose viscérale. »

Dans le cas de sujets atteints de tuberculose pulmonaire porteurs d'une fistule, la cure rapide est appelée à étendre les indications opératoires, et jusqu'à un degré très avancé de la phtisie, on peut et on doit opérer la fistule. Ce qui contre-indiquait le traitement, alors qu'on employait exclusivement les différentes méthodes de réunion secondaire, c'était la crainte de porter préjudice à l'état général du malade en lui imposant un séjour au lit de un et même deux mois et plus ; nous en trouvons particulièrement un exemple cité dans les leçons cliniques de Trélat : un tuber-

culeux, opéré d'une fistule le 8 janvier 1884, n'était pas encore guéri au mois d'août, et dans l'intervalle s'étaient complètement affirmés les signes de tuberculose pulmonaire que l'on ne pouvait que soupçonner au moment de l'opération.

Un autre opéré, dont l'histoire est rapportée dans la même leçon du 8 janvier 1884, fut opéré le 14 décembre 1883, et ne sortit de l'hôpital que le 17 mai 1884, à peine cicatrisé.

Nous voyons, au contraire, les opérés de M. Delbet, chez qui la réunion fut obtenue, guéris en quelques jours et leur séjour au lit réduit à un minimum peu préjudiciable. Nous pensons donc que, tant que l'état général du malade n'est pas une contre-indication formelle à toute espèce de traitement chirurgical, on doit intervenir par la cure rapide. En présence d'un résultat comme en signale l'observation XI, où la réunion immédiate d'une cavité énorme fut obtenue, on est encouragé à débarrasser un malade d'une lésion dont la suppuration l'affaiblit, et qui peut, à chaque instant, devenir le point de départ de complications redoutables.

L'observation V présente un cas de phlegmon de la fosse ischio-rectale opéré en deux temps par un heureux compromis entre la méthode de Foubert et la méthode de Faget. Le phlegmon aigu fut incisé le 23 juillet suivant une ligne perpendiculaire aux plis radiés; on cherchait ainsi à diminuer les chances de formation d'une fistule.

Cependant elle s'établit pendant la guérison du phlegmon, donnant ainsi raison à l'opinion de M. Reclus pour qui l'incision simple de ces phlegmons produit presque toujours une fistule. Mais le 31 août, cette fistule fut incisée, réséquée, suturée, et guérit par première intention.

Nous constatons que la cure rapide des fistules est précieuse pour la sécurité qu'elle donne à l'égard des complications inflammatoires et par l'économie considérable du temps.

En reprenant notre statistique, nous trouvons, pour les cas II, III, IV, V de fistules inflammatoires non tuberculeuses, les durées respectives de sept, cinq, cinq, vingt-un jours pour obtenir la guérison complète.

Les trois qui suivent et comprennent des cas d'origine tuberculeuse, guérissent en seize, quatorze et huit jours. Les trois dernières, rapportant des cas graves de fistules extra-sphinctériennes, dont une tuberculeuse, accusent une durée de trente, dix-sept et trente-six jours.

Il est un autre point à noter où cette méthode l'emporte sur toutes les autres. C'est pour la réfection du sphincter dont les fonctions se rétablissent immédiatement, ainsi qu'il est noté aux observations IX, X, et XI.

Lorsque l'on pratique l'incision simple d'une fistule extra-sphinctérienne, une fois le sphincter incisé, les malades sont exposés à l'incontinence des gaz et des matières fécales et c'est ce qui em-

pêche bon nombre de chirurgiens de traiter ces fistules.

« Pour mon compte je ne me suis pas décidé jusqu'ici à l'entreprendre, dit le professeur Tillaux (1), car je me demande, en vérité, si, infirmité pour infirmité, il ne vaut pas mieux conserver une suppuration permanente, même avec les accidents qu'elle est susceptible d'entraîner à sa suite, qu'une incontinence complète des gaz et des matières fécales. »

Pour d'autres auteurs l'incontinence est passagère, mais en réalité il y a peu de cas où le sphincter reprenne totalement ses fonctions.

Il est universellement admis que la section double du sphincter produit constamment l'incontinence permanente. Or, nous rapportons, à l'observation XI, un cas de double fistule où le sphincter fut incisé totalement en deux points différents de son pourtour. Après réunion immédiate et complète, les fonctions du sphincter se rétablirent immédiatement, le malade ne perdant ni matières, ni gaz.

M. Nicaise, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, tenu à Pau en 1892 (2), demande que l'on considère comme de règle la suture des sphincters quand ils ont été incisés en partie ou en totalité.

(1) *Traité de chirurgie clinique*, 1889, t. II, p. 601.

(2) *Mercure médical* du 5 octobre 1892, p. 478.

« Dans ces cas la suture est une nécessité, et l'on devra faire une suture profonde perdue, à points séparés, recouverte par une suture superficielle réunissant les lèvres de la muqueuse et de la peau. Si l'on n'obtient pas une cicatrisation immédiate totale, la suture n'en aura pas moins été avantageuse, pourvu que l'on se soit placé dans les conditions d'une chirurgie antiseptique rigoureuse. Cette pratique m'a donné un bon résultat dans un cas récent où la section des sphincters portait sur la moitié environ de leur hauteur. De même entre les mains de M. Gérard Marchant, chez un malade pour lequel il y avait une indication nette d'employer ce procédé. Il a fait deux étages de sutures, une suture perdue et une suture superficielle pour la peau et la muqueuse ; le résultat a été favorable malgré un léger écartement consécutif des lèvres superficielles. L'opération de la fistule anale doit donc être faite méthodiquement après anesthésie, la région étant étalée au moyen du spéculum ani. Après la section du trajet et l'ablation de sa surface, on devra faire une suture profonde réunissant les sections musculaires et une suture superficielle cutanéomuqueuse. »

Dans l'opération telle que nous l'avons décrite, il n'est pas fait de suture spéciale des tissus musculaires, mais en raison de la profondeur où passe le fil, toute l'épaisseur des sphincters est comprise dans l'anse, et les extrémités

sectionnées sont bien affrontées. Et le rétablissement immédiat des fonctions du sphincter a justifié cette manière d'opérer.

L'observation XII rapporte l'excision et la réunion immédiate d'une ulcération tuberculeuse périnéale.

Les cas de tuberculose ano-périnéale, qui peuvent donner à leur suite une fistule, se présentent assez rarement et nous n'en trouvons point de description classique.

Ce sont des lésions débutant par la peau, peut-être par inoculation au moyen des matières fécales, et pénétration du bacille dans les glandes volumineuses et nombreuses de la région.

On constate une ulcération peu profonde, à surface granuleuse, rougeâtre, à bords irréguliers, de forme ovalaire présentant en général son grand axe comme un rayon partant de l'anūs, dans lequel elle remonte parallèlement aux plis radiés; au pourtour les tissus sont presque immédiatement sains. On ne trouve pas de suppuration, à peine un léger suintement. La lésion reste longtemps superficielle. Mais elle peut s'établir sur une grande profondeur et reposer sur une couche de fongosités sous-cutanées, analogues aux fongosités des séreuses articulaires.

Ces ulcérations, bien qu'elles ne déterminent pas ordinairement de sphinctéralgie proprement dite, sont souvent très douloureuses. La défécation

est extrêmement pénible et s'accompagne parfois d'un léger écoulement sanguin.

Le peu d'étendue de la lésion, l'état sain de la peau au pourtour, la disposition du grand axe parallèlement aux plis radiés, toutes ces conditions concourent à en rendre l'excision facile.

La malade de l'observation XII, qui présentait un cas type de ces tuberculoses ano-périnéales, subit la préparation pré-opératoire comme pour une opération de fistule anale. L'ulcération fut excisée, y compris une certaine largeur du pourtour, pour être sûr de rapprocher des tissus sains. On posa un étage de sutures profondes au catgut et des sutures superficielles au fil d'argent. L'opération avait lieu le 20 avril. Le 28 avril les fils furent enlevés. La réunion primitive était complète.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement des fistules anales par excision et suture est susceptible d'une généralisation beaucoup plus grande que celle qu'il a reçue jusqu'ici. Il donne de bons résultats dans l'immense majorité des cas.

Les contre-indications sont exceptionnelles.

II. — Il abrège considérablement la durée du traitement.

III. — Il assure le rétablissement fonctionnel intégral du sphincter.

IV. — Chez les tuberculeux pulmonaires il présente des avantages particuliers en raison de la suppression de toute suppuration et de la rapidité de la cure. Il permet aussi d'étendre notablement les indications du traitement des fistules chez cette catégorie de malades.

V. — Il convient de traiter de même par excision et suture totale certaines formes de tuberculose ano-périnéale.

VI. — Cette méthode de traitement ne présente pas plus de danger que les autres lorsqu'elle est faite dans les précautions et la technique que nous avons indiquées.

Vu : Le Président de la Thèse,

DUPLAY.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

